ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ — Αρ. Φύλλου 1561

21 Ιουνίου 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. 55471 (1)

Τροποποίηση της υπ’ αριθ. ΕΜΠ5/17.11.2012 (Β΄3054) απόφασης «Τροποποίηση της υπ’ αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β΄/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ’ αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β΄/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 30 του Ν. 3918/2011 (Α΄ 31) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», όπως αυτό αντικαταστάθηκε με το άρθρο 37 παρ. 3 του Ν. 4111/2013 (Α΄ 18).

2. Τις διατάξεις των άρθρων 9 και 10 του Ν. 4052/2012 (Α΄ 41).

3. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Π.Δ. 63/2005 (Α΄ 98) «Κώδικας Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όργανα».

4. Τις διατάξεις του Π.Δ. 86/2012 (Α΄ 141) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».

5. Τις διατάξεις του Π.Δ. 85/2012 «Ίδρυση και μετονομασία Υπουργείων, μεταφορά και κατάργηση υπηρεσιών» (Α΄ 141).

6. Την υπ’ αριθ. Υ48/9.07.2012 απόφαση Πρωθυπουργού (Β΄2105) «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Οικονομικών Χρήστο Σταϊκούρα».

7. Την υπ’ αριθ. Υ47/3.07.2012 απόφαση Πρωθυπουργού (Β΄2105) «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Μάριο Σαλμά», όπως τροποποιήθηκε με την υπ’ αριθ. ΔΥ1α/78084/25.07.2012 (Β΄ 2339) όμοια απόφαση.

8. Τις διατάξεις της υπ’ αριθ. ΕΜΠ5 ΕΜΠ5/17.11.2012 (Β΄3054) απόφασης «Τροποποίηση της υπ’ αριθ.Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β΄/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ’ αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β΄/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει»

9. Την υπ’ αριθ. 393 απόφαση της υπ’ αριθ. 116/26.05.2013 Συνεδρίασης του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

10. Το γεγονός ότι από την εφαρμογή της απόφασης αυτής δεν προκαλείται επιπρόσθετη επιβάρυνση στον Κρατικό Προϋπολογισμό, ούτε στον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αποφασίζουμε:

Τροποποιείται η ενότητα «ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ» του άρθρου 9 της της υπ’ αριθ. ΕΜΠ5/17.11.2012 (Β΄3054) απόφασης «Τροποποίηση της υπ’ αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β΄/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ’ αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β΄/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει» και αντικαθίσταται ως εξής:

«ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ:

Το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό το προμηθεύονται οι ασφαλισμένοι από τις Αποθήκες, τα Φαρμακεία και τα Ιατρεία του Οργανισμού, όπου τούτο προβλέπεται ή από το ελεύθερο εμπόριο, με ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού, κατόπιν έγκρισης του ελεγκτή ιατρού του Οργανισμού. Στην ιατρική γνωμάτευση ισχύος έως ενός

έτους, αιτιολογείται η αναγκαιότητα χορήγησης του υλικού και καθορίζεται το χρονικό διάστημα χορήγησής του, καθώς και η απαραίτητη ανά μήνα ποσότητα. Ειδικά για το αναλώσιμο διαβητολογικό υλικό η ιατρική γνωμάτευση δύναται να αφορά χρονικό διάστημα διμήνου.

Με αποφάσεις του Προέδρου, μπορεί να χορηγηθεί με συνταγή μικρή ποσότητα υγειονομικού υλικού, εφόσον η αναγκαιότητά του είναι προφανής και εφόσον υπάρχει ιατρική γνωμάτευση.

Το αντίτιμο αγοράς από το ελεύθερο εμπόριο του αναλωσίμου υγειονομικού υλικού, καταβάλλεται από τον Οργανισμό στον ασφαλισμένο που το έχει πληρώσει, μετά από αφαίρεση του προβλεπόμενου από τις κατωτέρω διατάξεις ποσοστού συμμετοχής.

Το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία του αναλωσίμου υγειονομικού υλικού που προμηθεύονται από το εμπόριο είναι 25%.

Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για το Υγειονομικό Υλικό:

Α. οι ασφαλισμένοι που προμηθεύονται το Υλικό που σχετίζεται με την πάθησή τους από τις Αποθήκες, τα Φαρμακεία και Ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Β. Οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης, ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, αυτοί που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, καθώς και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγών, ή ρευστών οργάνων και οι HIV θετικοί ασθενείς.

Γ. Οι χρόνια πάσχοντες για τη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλώσιμου υγειονομικού υλικού: καθετήρων ουρήθρας, ουροσυλλεκτών, υλικών παρά φύσει στομίων και των παρακολουθημάτων τους, υλικών αποσιδήρωσης, συρίγγων ινσουλίνης μιας χρήσης, επιθεμάτων, βελονών φυσιγγοσυρίγγων, βελονών χορήγησης ινσουλίνης, και αναλωσίμων των συσκευών χορηγήσεως ινσουλίνης, τραχειοσωλήνων και υλικών τραχειοστομίας, υλικών για χρησιμοποίηση συσκευών συνεχούς έγχυσης φαρμάκων ή συνεχούς έκχυσης και συσκευών άπνοιας και συσκευών σίτισης.

Δ. Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και οι πάσχοντες από σύνδρομο διαβήτη που ακολουθούν θεραπευτική αγωγή με χάπια για τη δαπάνη αγοράς ταινιών μέτρησης σακχάρου αίματος.

Ι. Τα αναλώσιμα υλικά διαβήτη (ταινίες μέτρησης, βελόνες, σκαρφιστήρες) χορηγούνται ως εξής:

● Για τους ινσουλινοεξαρτόμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου Ι), χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 150 σκαρφιστήρες ανά μήνα, έως 100 βελόνες ανά μήνα και έως 50 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.

● Για τους ινσουλινοθεραπευόμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου ΙΙ), χορηγούνται έως 100 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 50 σκαρφιστήρες ανά μήνα ή 100 ανά δίμηνο, έως 50 βελόνες ανά μήνα και έως 30 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.

● Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / δίμηνο και έως 200 σκαρφιστήρες / έτος.

● Σε διαβήτη κύησης, χορηγούνται έως 150 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα, 150 βελόνες/ μήνα και έως 150 σκαρφιστήρες / μήνα.

● Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζονται με διαιτητική αγωγή, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / τρίμηνο, έως 50 σκαρφιστήρες/ τρίμηνο και έως 100 σκαρφιστήρες το έτος.

● Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα, έως 200 σκαρφιστήρες το μήνα, 100 βελόνες για χορήγηση ινσουλίνης με πένα / εξάμηνο (σε περίπτωση εμπλοκής αντλίας ή πρόσθετης δόσης).

Η αποδιδόμενη από τον Οργανισμό τιμή αποζημίωσης για τις ταινίες μέτρησης σακχάρου αίματος για τους ασθενείς που θεραπεύονται με ινσουλίνη ή χάπια, η οποία ισούται με τη λιανική τιμή αυτών καθορίζεται ως εξής:

ΕΙΔΟΣ	ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ (ΚΑΙ ΤΙΜΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ) ΣΕ ΕΥΡΩ
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ 25 STRIPS	13
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ 50 STRIPS	25
ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ 100 STRIPS	43,48

ΙΙ. Συσκευές έγχυσης φαρμάκων:

α) η αντλία χορήγησης ινσουλίνης χορηγείται χωρίς συμμετοχή μετά από έγκριση του Α.Υ.Σ. ή του Κ.Ε.Σ.Υ. Αντικατάστασή της γίνεται μετά από έγκριση του Α.Υ.Σ. ή του Κ.Ε.Σ.Υ. και παρέλευση πενταετίας.

β) για συσκευές έγχυσης φαρμάκων που φέρουν εμφυτευόμενα συστήματα αποδίδεται το 90% της δαπάνης, μετά από έγκριση του Α.Υ.Σ., ή του ΚΕ.Σ.Υ.

γ) για τις αναλώσιμες συσκευές χημειοθεραπείας, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα και μέχρι 5 το μήνα, με κάλυψη της δαπάνης 100%.

δ) για αναλώσιμες συσκευές αναλγησίας μέχρι 10 το μήνα (υποδόριες), με κάλυψη της δαπάνης 100%.

ΙΙΙ. α) Επιθέματα για κατακλύσεις, διαβητικά έλκη, φλεβικά έλκη, αρτηριακά έλκη, εγκαύματα και άλλα έλκη, αναλόγως του τύπου έλκους, της περιοχής όπου βρίσκεται και του επιπέδου εξιδρώματος, μετά από ιατρική γνωμάτευση ή παραπεμπτικό, σύμφωνα με τα κάτωθι:

1. Για έλκη, μερικού πάχους δέρματος, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 200 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 10 τμχ. το μήνα.

2. Για έλκη, ολικού πάχους δέρματος, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 400€ το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 15 τεμάχια.

β) Οστομικά υλικά ως εξής:

1. Είδη κολοστομίας, σάκοι αυτοκόλλητοι, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 290 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 60 τεμάχια το μήνα.

2. Είδη κολοστομίας, σύστημα δύο τεμαχίων, σάκοι, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 290 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 60 τεμάχια το μήνα και βάσεις 10 τεμάχια.

3. Είδη κολοστομίας, σύστημα υποκλεισμού, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 290 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 1 τεμάχιο το εξάμηνο, τάπες ή κάλυμμα στομίας 30 τεμάχια το μήνα, αποχετευτικοί σάκοι κατ' ελάχιστο 30 τεμάχια το μήνα.

4. Είδη ειλεοστομίας, σάκοι αυτοκόλλητοι, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 240 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 30 τεμάχια το μήνα.

5. Είδη ειλεοστομίας, σύστημα δύο τεμαχίων, σάκοι, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 240 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 30 τεμάχια το μήνα και βάσεις 10 τεμάχια.

6. Είδη ουρητηροστομίας, σάκοι αυτοκόλλητοι, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 240 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 30 τεμάχια το μήνα.

7. Είδη ουρητηροστομίας, σύστημα δύο τεμαχίων, σάκοι, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 240 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 30 τεμάχια το μήνα και βάσεις 10 τεμάχια.

8. Είδη για λοιπές στομίες (νεφροστομία, θωρακοστομία, συρίγγιο), σάκοι και βάσεις κατά τη γνωμάτευση και μέχρι του ποσού των 240 € το μήνα. Σε περιπτώσεις διπλών στομιών, οι ελάχιστες προβλεπόμενες ποσότητες και το μέγιστο ποσό αποζημίωσης από τα τμήματα παροχών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., θα αφορά κάθε στομία ξεχωριστά.

Στα ανωτέρω ποσά αποζημίωσης ανά κατηγορία, περιλαμβάνεται και η δαπάνη προμήθειας των παρακάτω ειδών: ζώνη στήριξης σάκων, καθαριστικό δέρματος, προστατευτικό δέρματος, προϊόντα αντιμετώπισης ερεθισμών δέρματος.

γ) Απλό υγειονομικό υλικό για τη διενέργεια περιτοναϊκής κάθαρσης μέχρι 150 € το μήνα, η αναγκαιότητα της οποίας πιστοποιείται από γνωμάτευση νεφρολόγου ιατρού και την προσκόμιση του παραστατικού αγοράς του και συγκεκριμένα: Αποστειρωμένα γάντια μιας χρήσης, χάρτινες μάσκες μιας χρήσης, αποστειρωμένες γάζες, αυτοκόλλητες γάζες, σύριγγες με τις αντίστοιχες βελόνες, λευκοπλάστ υποαλλεργικό, οινόπνευμα, χαρτοβάμβακα σε φύλλα του 1 Kg, οξυζενέ και Betadine surgical scrub 100 ml ή σωληνάριο Betadine pomm. 30 gr 10 % με σπάτουλες.

δ) Καθετήρες - ουροσυλλέκτες:

1. Καθετήρες κύστεως σιλικόνης, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 45 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 1 τεμάχιο το μήνα και ουροσυλλέκτες κατ' ελάχιστο 10 τεμάχια το μήνα.

2. Ειδικά για περιπτώσεις που δεν υπάρχει έλεγχος των κενώσεων της κύστης (π.χ. νευρογενής κύστη, σκλήρυνση κατά πλάκας, Parkinson κτλ.), καλύπτεται δαπάνη για περιπεϊκούς καθετήρες μέχρι του ποσού των 300 € το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 90 τεμάχια το μήνα καθετήρες και 90 τεμάχια το μήνα ουροσυλλέκτες μιας χρήσης ή 10 τεμάχια το μήνα ουροσυλλέκτες πολλαπλών χρήσεων (δεν είναι απαραίτητη η συγχορήγηση καθετήρων και ουροσυλλεκτών. Η απόδοση δαπάνης αυτών θα γίνεται αναλογικά). Επίσης για την ίδια περίπτωση, παρέχονται υλικά αυτοκαθετηριασμού (καθετήρες αυτοκαθετηριασμού με ουροσυλλέκτες), μέχρι του ποσού των 640 € το μήνα, σύμφωνα με γνωμάτευση ιατρού (μια φορά κατ' έτος), στην οποία αναφέρεται ότι ο ασθενής παρακολουθείται συστηματικά στα ειδικά ιατρεία Νευροουρολογίας / Δυσλειτουργίας του Κατώτερου Ουροποιητικού ή ουρολογικές κρατικές κλινικές και προκύπτει η αναγκαιότητα προμήθειας των υλικών.

ε) τραχειοστομίες:

1. τραχειοσωλήνες, 3 τμχ. το μήνα για το πρώτο τρίμηνο και εφόσον υφίσταται ανάγκη, χορήγηση για το επόμενο τρίμηνο με νέα γνωμάτευση ιατρού ή εφόσον υφίσταται ανάγκη, δύο μεταλλικούς τραχειοσωλήνες το χρόνο.

2. καθετήρες αναρρόφησης, 50 τμχ. το μήνα για το πρώτο τρίμηνο και εφόσον υφίσταται ανάγκη χορήγησης για το επόμενο τρίμηνο με νέα γνωμάτευση ιατρού.

3. φίλτρα τραχειοστομίας, σύμφωνα με γνωμάτευση

4. αποστειρωμένες γάζες

5. φακαρόλα (σύμφωνα με τη γνωμάτευση).

στ) ταινίες μετρήσεως αίματος και λευκώματος στα ούρα, έως 30τμχ. το μήνα.

ζ) Σύστημα υψηλού αυτοϋποκλυσμού, συσκευή 1 τεμάχιο ανά εξάμηνο, μέχρι του ποσού των 150 € και καθετήρες με μπαλονάκι κατ' ελάχιστο 15 τεμάχια το μήνα και μέχρι του ποσού των 220 €.

η) ειδικά για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία τα είδη και οι ποσότητες ορίζονται ως εξής:

- Καθετήρας αποσιδήρωσης (1 τεμ./ημέρα).
- Πεταλούδες αποσιδήρωσης πλάγιας ή κάθετης τοποθέτησης: 1 τεμάχιο ανά ημέρα.
- Αντλίες (ελαστομερείς) μιας χρήσης για έγχυση φαρμάκου αποσιδήρωσης. Η ποσότητα των αντλιών, ορίζεται ανάλογα με την περίπτωση και όχι πάνω από 30 τεμάχια μηνιαίως, με μέγιστο αποδιδόμενο ποσό τα 25 € για κάθε αντλία, ανεξαρτήτου δαπάνης.
- Σύριγγες αποσιδήρωσης με ειδικό κούμπωμα (30 τεμ/μήνα).
- 1-2 λευκοπλάστ./μήνα
- Οινόπνευμα 1 bt/μήνα
- Κατά περίπτωση σε όσους έχουν άτονα έλκη, εκτός των προαναφερθέντων υλικών, χορηγούνται 1bt οξυζενέ και 1bt Betadine Surgical μηνιαίως.

Σε περίπτωση που απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή δαπάνες από τις ανωτέρω ορισθείσες ως μέγιστες, θα πρέπει να προσκομίζεται απαραίτητα αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, όπου θα αναφέρεται η ανάγκη για την πρόσθετη αιτούμενη ποσότητα, καθώς και εγκριτική απόφαση Υγειονομικών Επιτροπών των εντασσόμενων φορέων στον ΕΟΠΥΥ μέχρι την συγκρότηση ειδικών επιτροπών του ΕΟΠΥΥ ή του ΑΥΣ.

Οι ανωτέρω τιμές, στις οποίες περιλαμβάνεται ο Φ.Π.Α., διαμορφώνονται σύμφωνα με τις τιμές που προκύπτουν από τη βάση δεδομένων του παρατηρητηρίου τιμών, όταν αυτή αναφέρεται στις τιμές του ελευθέρου εμπορίου του άρθρου 24 του Ν. 3846/2010 (Α΄, 66) ή εκτός αν με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχουν ορισθεί χαμηλότερες, κατ' εφαρμογή της παρ. 4 του άρθρου 32 του ίδιου Νόμου. Αυτό εφαρμόζεται και για τις υπόλοιπες περιπτώσεις του παρόντος άρθρου.

IV. Διαλύματα και Εξαρτήματα (συστήματα) συνεχούς φορητής ή αυτοματοποιημένης περιτοναϊκής κάθαρσης.

Τα υλικά αυτά θα αποζημιώνονται βάσει των συμβατικών τιμών της ΕΠΥ και όπου δεν υπάρχουν συμβάσεις, βάσει παρατηρητηρίου τιμών.

V. Διαγνωστικά σκευάσματα απεικονιστικών εξετάσεων: Οι σκιαγραφικές ουσίες χορηγούνται ως εξής:

Στην περίπτωση που η εξέταση διεξάγεται σε ιδιωτική κλινική άνω των 60 κλινών που διαθέτει φαρμακείο, χορηγούνται υποχρεωτικά από τις ιδιωτικές κλινικές και χρεώνονται στον ΕΟΠΥΥ με τα νοσήλια.

Στα διαγνωστικά εργαστήρια και στις ιδιωτικές κλινικές που δεν διαθέτουν φαρμακείο, η χορήγηση των σκιαγραφικών ουσιών γίνεται ως εξής:

α) στις περιπτώσεις κατά τις οποίες είναι εκ των προτέρων γνωστό ότι απαιτείται σκιαγραφική ουσία για την πραγματοποίηση της εξέτασης, ο γιατρός θα αναγράφει σε συνταγή τη σκιαγραφική ουσία, στη συνήθη για την εξέταση ποσότητα, την οποία ο ασφαλισμένος θα εκτελεί σε φαρμακείο της προτίμησής του και θα προσκομίζει τη σκιαγραφική ουσία στο συμβεβλημένο εργαστήριο στο οποίο παραπέμπεται για εξέταση.

β) στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν είναι δυνατή η έκδοση συνταγής, τότε η απόδοση δαπάνης αγοράς της

σκιαγραφικής ουσίας είναι δυνατή, εφόσον το τιμολόγιο ή απόδειξη αγοράς έχει εκδοθεί στο όνομα του ασφαλισμένου και έχει επικολληθεί η ταινία γνησιότητας της σκιαγραφικής ουσίας.

Η αναγκαιότητα χορήγησης του σκιαγραφικού σκευάσματος, πιστοποιείται με ιατρική γνωμάτευση είτε εκ των προτέρων από τον θεράποντα ιατρό, είτε σε περίπτωση που αποφασιστεί η χρήση του κατά τη διάρκεια της εξέτασης από τον υπεύθυνο ακτινολόγο ιατρό του διαγνωστικού κέντρου. Στην γνωμάτευση θα αναφέρονται υποχρεωτικά, η πάθηση για την οποία διενεργείται η εξέταση, καθώς το σκιαγραφικό σκεύασμα και η αναγκαία ποσότητά του.

Τα γαληνικά σκευάσματα αποζημιώνονται με συνταγή και ποσοστό συμμετοχής ανάλογα με τη διάγνωση.

Χορηγείται η αξία των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και των φαρμακευτικών ουσιών που τα αποτελούν, καθώς και η φαρμακοτεχνική εργασία, σύμφωνα με την ισχύουσα κάθε φορά κοστολόγηση. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα και τα καλλυντικά δεν αποζημιώνονται.

VI. Προϊόντα ειδικής διατροφής: Χορηγούνται ειδικά προϊόντα και σκευάσματα ειδικής διατροφής που είναι απαραίτητα για τη διαιτητική αγωγή στους πάσχοντες από:

1. μεταβολικά νοσήματα (π.χ. φαινυλκετονουρία, γαλακτοζαιμία),

2. κοιλιοκάκη,

3. δυσαπορρόφηση από: α) φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, β) σύνδρομο βραχέος εντέρου, εκτομή ειλεού, γ) μερική γαστρεκτομή με γαστρονηστιδοαναστόμωση (Billroth II), δ) ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα (έως 3 χρόνια χορήγηση των ειδικών προϊόντων), ε) ακτινική εντερίτιδα και ακτινική οισοφαγίτιδα στ) αγαμμασφαιριναιμία,

4. κυστική ίνωση (χορηγούνται ειδικά τρόφιμα για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς και σύμπλεγμα βιταμινών ABDEK),

5. σε βαριά πάσχοντες που σιτίζονται μέσω γαστροστομίας ή / και νηστιδοστομίας

6. σε παιδιά με αλλεργία στο γάλα αγελάδος, χορηγούνται θεραπευτικά γάλατα έως την ηλικία των 2 ετών, για χορήγηση πέραν των 2 ετών είναι απαραίτητη η προσκόμιση RAST – TEST,

7. σε πρόωρα και λιποβαρή νεογνά μέχρι την ηλικία των 6 μηνών, καθώς και σε νεογνά με νεκρωτική εντεροκολίτιδα ή με βραχύ έντερο.

8. μυασθένεια, νόσο Parkinson, νόσο κινητικού νευρώνα, σύνδρομο Down (χορηγείται ειδικό συμπλήρωμα συνένζυμου COQ-10).

Για την πιστοποίηση της νόσου, απαιτείται γνωμάτευση Διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής, Κλινικής του Ε.Σ.Υ. ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου σχετικής με την πάθηση ειδικότητας κατά περίπτωση, στην οποία αναφέρεται η πάθηση του ασθενούς, η ανάγκη χρησιμοποίησης των ειδικών προϊόντων και σκευασμάτων, καθώς και η μηνιαία ποσότητα κάθε είδους, ύστερα από έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η σχετική γνωμάτευση ισχύει έως ένα (1) έτος από την ημερομηνία έκδοσής της.»

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 10 Ιουνίου 2013

ΟΙ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΕΣ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ	ΥΓΕΙΑΣ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΣΤΑΪΚΟΥΡΑΣ	**ΜΑΡΙΟΣ ΣΑΛΜΑΣ**

Αριθμ. 52095 (2)

Τροποποίηση της υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.104747/2012 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 2883/Β΄/2012) «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ.42000/οικ.2555/353/28-2-2012 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 497/Β΄/2012) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ.42000/οικ.12485/1481/6-6-2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1814/Β΄/2012)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.4146 (ΦΕΚ Β΄ 43/15.01.2013) κοινή υπουργική απόφαση.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 38 του ν. 4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναρδιάθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α΄ 228).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Π.Δ. 63/2005 (ΦΕΚ Α΄ 98) «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όργανα».

3. Τις διατάξεις του Π.Δ. 86/2012 «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (ΦΕΚ Α΄141).

4. Την υπ' αριθ. Υ47/3-7-2012 απόφαση Πρωθυπουργού (ΦΕΚ Β΄ 2105) «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας Μάριο Σαλμά», όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. ΔΥ1α/οικ.78084/25-07-2012 (ΦΕΚ Β΄ 2339) όμοια απόφαση.

5. Την υπ' αριθ. Φ.42000/οικ.2555/353/28-2-2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β΄ 497) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου».

6. Την υπ' αριθ. Φ.42000/οικ.12485/1481/6-6-2012 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β΄1814) «Τροποποίηση της αριθμ. Φ.42000/οικ.2555/353/28-2-2012 κοινής υπουργικής απόφασης (Β΄, 497) «Κατάλογος παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου».

7. Την υπ' αριθ. ΔΥΓ3 (α)/οικ.104747 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β΄ 2883).

8. Την υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.4146 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β΄ 43).

9. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκύπτει επιβάρυνση στον Κρατικό Προϋπολογισμό ούτε στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών οργανισμών, αποφασίζουμε:

Στην περίπτωση Α΄ της υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.104747 κοινής υπουργικής απόφασης (Β΄ 2883), όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.4146 κοινή υπουργική απόφαση (Β΄ 43) προστίθεται υποπερίπτωση 13 ως εξής:

«13. Ρευματοειδή αρθρίτιδα, νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, αξονική σπονδυλαρθρίτιδα και διάχυτα νοσήματα του συνδετικού ιστού, όσον αφορά τα τροποποιητικά φάρμακα (μεθοτρεξάτη, λεφλουνομίδη, κυκλοσπορίνη, σουλφασαλαζίνη, υδροξυχλωροκίνη, αζαθειοπρίνη, D-πενικιλλαμίνη, κυκλοφωσφαμίδη) και για τις ενδείξεις των συγκεκριμένων ρευματικών παθήσεων».

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 3 Ιουνίου 2013

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΡΟΥΤΣΗΣ	**ΜΑΡΙΟΣ ΣΑΛΜΑΣ**

02015612106130004

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * ΤΗΛ. 210 52 79 000 * FAX 210 52 21 004